

21 例行膀胱全切原位回肠代膀胱术患者围术期的护理

曹运霞, 林惠芳, 张鸣一, 何燕妮, 刘莎

(惠阳区人民医院泌尿外科, 广东惠州, 516211)

【摘要】目的 总结行膀胱全切原位回肠代膀胱术治疗膀胱癌患者的围手术期护理经验。**方法** 术前做好心理、肠道护理及患者准备;术后加强引流管护理、新膀胱冲洗护理及新膀胱功能的训练。**结果** 21 例患者术后未发生感染、尿瘘、吻合口瘘等并发症,随访 3~6 个月,20 例患者均能自主控尿,1 例患者有轻度尿失禁。**结论** 膀胱全切原位回肠代膀胱术创伤较大、并发症较多,做好围手术期护理对保证手术成功具有重要意义。

【关键词】 膀胱肿瘤;膀胱切除术;围手术期;护理

【中图分类号】 R473.6 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1671-8283(2013)05-0026-03 **【DOI】** 10.3969/j.issn.1671-8283.2013.05.08

Perioperative nursing of 21 patients undergoing radical cystectomy with ileal neobladder

Cao Yunxia, Lin Huifang, Zhang Mingyi, He Yanni, Liu Sha // Modern Clinical Nursing, -2013.12 (5):26.

【Abstract】Objective To summarize the perioperative nursing of undergoing radical cystectomy with ileal neobladder for the treatment of bladder cancer. **Method** The nursing measures included preoperative psychological care, bowel and body preparation as well as postoperative nursing of drainage tube, ileal bladder irrigation, bladder functional exercise and basic nursing care. **Results** No patients suffered from postoperative complications such as infections, urinary fistula and anastomotic leakage. Twenty patients recovered autonomous urination within 3-6 months after the operation. One patient got minor urinal incontinence. **Conclusions** Cystectomy with orthotopic ileal neobladder trauma contributes to more complications due to large surgical trauma. Therefore, good perioperative care is important for the successful operations.

【Key words】 bladder neoplasms; cystectomy; peroperative period; nursing

膀胱癌是泌尿系统中最常见的恶性肿瘤,其中多数为移行上皮细胞癌和鳞状细胞癌,临床表现以间歇全程无痛性血尿为主,亦可有尿频、尿急、排尿困难和盆腔疼痛等为首发表现。根据癌细胞是否浸润肌层,手术方式有所不同,根治性膀胱全切原位回肠代膀胱术是治疗高分化、多发、复发及 T₂ 期以上浸润性膀胱癌的首选术式^[1],该手术创伤较大、并发症较多,但具有低压、可控、对肾脏损害少的优点^[2]。2010 年 6 月~2012 年 8 月,本院采用膀胱全切回肠代膀胱术成功治疗 21 例膀胱癌患者,现将围手术期护理体会报道如下。

【收稿日期】 2012-12-19

【作者简介】 曹运霞(1970-),女,广东兴宁人,主管护师,大专,主要从事泌尿外科临床护理及管理工作。

2 结果

本组患者手术均成功,无 1 例感染、吻合口瘘、尿瘘等并发症发生。术后随访 3~6 个月,排尿正常 20 例,轻度尿失禁 1 例。

3 护理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 本组患者年龄较大,疾病知识缺乏,对手术方法和疗效缺乏科学认识,而且手术时间持续较长,难度大,术后又极易并发漏尿、尿失禁等疾病,导致患者确诊膀胱癌后心理负担较重,主要表现为紧张、焦虑、恐惧,担心切除膀胱后原来的排尿及生活习惯发生改变,影响自身形象,甚至生活不能自理,产生自卑及绝望心理,老年患者觉得自己年纪已大,不愿意接受手术治疗。我们向患者耐心说明手术治疗的重要性和必要性,介绍手术过程、麻醉方式、手术大约所需时间,介绍医院医疗技术力量和一些恢复良好的典型病例,以消除患者心理负担,取得其积极配合及增强战胜疾病的信心;同时向患者家属说明疾病的严重程度和手术操作的难度、危险性以及术后可能出现的并发症,以取得家属的理解和配合。

3.1.2 患者准备 评估患者全身各主要脏器的情况,积极纠正电解质、酸碱失衡,纠正贫血及低蛋白血症,鼓励患者进食高蛋白、高热量、高维生素饮食,改善患者全身营养状况。本组部分患者合并高血压、糖尿病等,高血压患者在实施 24h 动态血压监测的基础上,通过采用降压药物治疗后,患者平均收缩压、舒张压较治疗前降低 20%~25%,控制在 145/90 mmHg 以下;糖尿病患者术前 2~3 d 停用降糖药,改用正规胰岛素控制血糖,一般用量从每次 4~6 U 开始,餐前 30 min 皮下注射,术前患者血糖控制在 8.0 mmol/L 以下。

3.1.3 肠道准备 充分术前肠道准备对术中及术后并发症的预防有重要的意义^[4]。本组患者术前 3d 进食高热量无渣半流饮食,术前 2 d 改全流饮食,术前 1 d 禁食并行全肠道外营养。术前连续 3 d 口服甲硝唑、庆大霉素,每天 3 次,抑制肠道细菌,预防术后感染及相关并发症。术前 2 d 晚上及术晨清洁灌肠,术晨留置胃管。

引流管。通过这两种引流管,在排除引流盆腔内切口渗液促进切口愈合外,还可观察代膀胱有无漏尿情况发生。每 30~60 min 挤压 1 次,观察引流液的颜色、性质和量,并做好记录。一般术后第 1d 引流量多达 200~300 mL,以后逐渐减少。如日引流量少于 10 mL,拔除引流管,拔管时间多为术后 3~6 d^[5]。本组患者在术后 3~5 d 拔除腹腔及盆腔引流管。

3.2.3 排尿训练 ①排尿指导。术后 2 周指导患者行定时排尿训练,夹闭导尿管,定时开放,锻炼膀胱的反射功能,夹闭时间从开始时 30 min 增加到 2~3 h;拔除导尿管后,指导患者定时(2~3 h)腹压排尿,方法:嘱患者将手掌轻压肚脐下方,同时缓慢收缩腹肌,憋气用力,目的是靠腹压排尿。排尿时边用手掌环形按摩下腹部新膀胱区,边用四指向下轻压新膀胱,可有效刺激和压迫膀胱排尿,以排尽尿液^[6]。注意手法轻柔,不宜暴力,防止新膀胱破裂。②耻骨尾骨肌、肛提肌及腹肌锻炼。排尿后指导患者放松腹肌,做提肛运动,有规律地收缩肛提肌和耻骨尾骨肌,增强括约肌功能,以便于早恢复控尿能力。训练时以卧位、坐位、站位 3 种体位进行,深呼吸的同时做提肛动作,保持 3~4 s/次,呼气时放松,反复进行,每 30 min 坚持内收 10 次,4~6 次/d。指导患者学会提高尿道内压力而不会增加腹腔内压力或膀胱压力,排尿过程中练习尿流中断控制^[7]。

3.2.4 基础护理 鼓励患者在床上经常做伸屈腿运动并协助患者早期床上活动,以促进血液循环,防止静脉血栓形成。鼓励患者早期离床活动,并逐渐增加活动量和活动范围。用腹带包扎切口处,患者咳嗽时协助患者保护切口。

3.3 出院指导

嘱患者出院后定期门诊随访,每 3~6 个月复查膀胱超声,作新膀胱残余尿测定,如>50 mL,予间断导尿,避免过多尿液潴留于新膀胱,导致反复感染、结石形成。必要时行尿动力学检测,以评估患者术后尿控能力的恢复情况。若出现血尿、排

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组共 21 例,男 19 例,女 2 例,年龄 54~76 岁,平均(68.0±4.0)岁。术前均行膀胱镜检查 and 活检、B 超、CT 检查,并经术前、术后病检证实确诊为膀胱癌,临床分期^[3]为 T₂~T₃ 期。11 例合并高血压,2 例合并糖尿病。

1.2 手术方法

所有患者行膀胱全切回肠原位新膀胱术。患者取仰卧位,硬膜外麻醉下进行,开腹清扫盆腔淋巴结后,顺行或逆行切除膀胱。距回盲部 20~30 cm 处切取 40~45 cm 回肠对系膜缘剖开后重构形缝合成“W”形储尿囊,储尿囊与后尿道吻合,输尿管采用黏膜下隧道再植。

3.1.4 功能锻炼指导 由于患者术后身体虚弱,引流管多,常处于被动体位,为使患者适应术后变化,术前指导患者练习床上大小便。术后患者常因切口疼痛或担心切口裂开而不愿咳嗽、咳痰。术前向患者解释咳嗽及咳痰的重要性,指导患者练习有效咳嗽、深呼吸以及胸式呼吸,告知翻身方法及下床活动注意事项。

3.2 术后护理

3.2.1 病情观察 患者返回病房后,给予去枕平卧 6~8 h,24 h 持续监测血压、脉搏、呼吸、氧饱和度的变化,中流量吸氧至生命体征平稳。密切观察患者有无腹痛和腹胀、切口外敷料情况,渗血或渗液较多时及时报告医生及更换敷料。

3.2.2 引流管的护理 患者术后置胃管、左右侧输尿管支架引流管、腹腔引流管、盆腔引流管、膀胱造瘘管及导尿管,各管路要妥善固定、标记清楚,定时挤压引流管,防止血块和肠道分泌物阻塞,保持各管道引流通畅,注意观察引流液的颜色、性质及量。同时向患者家属交待各种引流管的作用及重要性,协助患者在活动时做好管道固定,防止引流管脱落。①胃管。术后持续胃肠减压可有效防止反流、误吸,促进肠管吻合口愈合,避免切口裂开。术后鼻胃管接负压瓶,观察并记录引流液的颜色、性质和量。本组患者术后 3~5 d 肛门排气后拔除胃管。②双侧输尿管支架管。双侧输尿管支架管可充分引流尿液,减少新膀胱的压力,有利于新膀胱修复及切口愈合。护理上要标记好双侧支架管穿出腹壁的位置,每天观察,防止其位置改变。在协助患者翻身时,先托起引流管,避免拽、拉等动作,防止双侧支架管脱出。每天记录两侧支架管引流量,用无菌注射器低压抽吸,了解引流通畅情况。本组患者双侧支架管于术后 2 周拔除。③膀胱造瘘管及导尿管。膀胱造瘘管及导尿管保持通畅是新膀胱愈合、功能恢复和防止漏尿的关键。为防止代膀胱的回肠黏膜分泌的粘液造成导尿管堵塞,经常挤压引流管,置管期间每天 3~4 次,每次用生理盐水 30~50 mL 行低压膀胱冲洗,保持引流通畅,粘液多时随时冲洗。术后 17~18 d 拔除尿管,拔除尿管前,先夹闭膀胱造瘘管 2~3 h,确认患者尿液可自行排出后,拔出膀胱造瘘管。④腹腔及盆腔

尿困难、发热、腰痛、腹痛等不适,及时就诊。嘱患者注意休息,短期内避免重体力劳动和剧烈运动,防止造瘘口疝形成。加强营养,多食新鲜蔬果和水果,忌食辛辣刺激性食物,戒烟酒,保持大便通畅,坚持每天有规律地锻炼肛提肌。养成定时排尿的习惯,勿憋尿。告知患者远期可能发生的并发症,如肾积水、肾盂肾炎、尿路结石等。出现尿失禁患者,指导患者持之以恒做提肛运动,有规律收缩肛提肌,增强括约肌的功能^[8]。

4 小结

通过对 21 例行膀胱全切原位回肠代膀胱术的围手术期护理体会到,术前做好患者的心理护理以及家属的指导工作,使患者身心在最佳状态下接受手术;术后严密观察病情,做好引流管及并发症的护理,对提高手术成功率具有重要的作用。

参考文献:

- [1] 关键仪,陈丽莉,张少容.腹腔镜下膀胱全切除一回肠新膀胱术的护理[J].现代临床护理,2009,8(9):50-52.
- [2] Studer UE,Zingg EJ.Ileal orthotop with 200 patients[J].Urol Clin North AM,1997,24:781-793.
- [3] 李宁忱.膀胱癌诊断治疗指南[M].北京:人民卫生出版社,2009:23-31.
- [4] Tabibi A,Simforoosh N,Basiri A,et al.Bowel preparation versus no Preparation before ileal urinary diversion[J].Urology,2007,70(4):654-658.
- [5] Karvinen KH,Courneya KS,North S,et al.Associations between exercise and quality of life in bladder cancer survivors: A population-based study[J].Cancer Epidemiol Biomarkers Prev,2007,16(5):984-990.
- [6] 钱明兰.浸润性膀胱癌行膀胱全切除加原位回肠代膀胱术的围手术期护理[J].中国医学创新,2009,1(6):632-635.
- [7] 丁萍.重建膀胱术后患者排尿功能的训练[J].中华护理杂志,2004,39(10):754-756.
- [8] 阮巧,李萍.盆底肌训练对回肠代膀胱术后尿失禁的影响[J].现代临床护理,2010,9(10):1034-1035.

[本文编辑:郑志惠]